VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 65)
z dnia 6 listopada 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 65)

6 listopada 2018 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat opieki długoterminowej nad osobami starszymi realizowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze;

– informację Najwyższej Izby Kontroli na temat funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy w województwie warmińsko-mazurskim.

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Polkowska** wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Iwona Bruśk** przedstawiciel Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Paweł Radomski** prezes zarządu Fundacji Dom z Sercem, **Marek Wójcik** ekspert w Związku Miast Polskich, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Rafał Sapuła** stały doradca Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Wiesław Kozioł** i **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Witam wszystkich bardzo serdecznie na 65. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Otwieram posiedzenie. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Witam panie i panów posłów, pana ministra, panią wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli, przedstawicieli NIK, przedstawicieli ministerstw oraz wszystkich pozostałych gości.

Dzisiejszy porządek posiedzenia obejmuje dwa punkty. Pierwszy punkt to rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat opieki długoterminowej nad osobami starszymi realizowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. Ten temat będzie referował pan Zbigniew Król podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Drugi temat to rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli na temat funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy w woj. warmińsko-mazurskim. Ten temat będzie referowała wiceprezes NIK pani Ewa Polkowska. Czy ktoś jest przeciw zaproponowanemu porządkowi posiedzenia? Nie słyszę.

Stwierdzam, że przyjęliśmy porządek dzienny posiedzenia. Proszę pana ministra Zbigniewa Króla o przedstawienie informacji.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, materiał rozesłaliśmy odpowiednio wcześnie. Skondensowany przekaz, który przedstawię, odnosi się do tego kilkunastostronicowego opisu. Jeżeli państwo pozwolicie, to aby było w miarę sprawnie, odczytam wyciąg z tego materiału. Jest to materiał przygotowany na posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej na dzień 6 listopada 2018 r. Ministerstwo Zdrowa analizując zachodzące procesy społeczno-demograficzne i ich odczuwalne skutki w najbliższej perspektywie, a także mając na uwadze aktualne problemy z opieką zdrowotną osób starszych, w sposób priorytetowy traktuje kwestie związane z zapewnieniem tym pacjentom dostępności i kompleksowości świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa determinuje konieczność zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych oraz opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W materiałach macie państwo rozdzielenie opieki długoterminowej, abyśmy definicyjnie mówili o określonym zakresie. Mamy świadomość, że do tej opieki brakuje części społecznej, socjalnej, finansowanej przez samorządy, czyli głównie domy pomocy społecznej. Też uważamy, że opieka powinna być bardziej środowiskowa. Powinno być więcej opieki domowej poza tą stacjonarną. Stoimy wszyscy przed takim wyzwaniem. Osoby powyżej 60. roku życia stanowią przeważającą grupę korzystających ze świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. W kolejnych latach było to 92% świadczeniobiorców, a ich liczba sukcesywnie rośnie. W 2017 r. ze świadczeń w tym zakresie korzystało ponad 38 tys. osób powyżej 60. roku życia. Liczba świadczeń udzielonych osobom starszym w ZOL-ach i ZOP dla pacjentów wentylowanych mechanicznie wzrosła w ciągu ostatnich 2 lat.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wskazuje, iż świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Należy przy tym zaznaczyć, że ustawa oddzielnie wskazuje zakres świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. To też powoduje pewne dywagacje na temat zróżnicowania hospicjum od ZOL-u, gdzie usługa jest zdecydowanie inna. Podobnie część opiekuńcza w hospicjach domowych jest inna niż opieka środowiskowa realizowana w ramach POZ przez pielęgniarki środowiskowe. Jeśli będą pytania, to w tym zakresie będziemy mogli doprecyzować.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej są przypisane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Świadczenia są gwarantowane w ramach opieki długoterminowej. Udzielane są choremu, wymagającemu ze względu na stan zdrowia, całodobowe świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacyjne oraz kontynuacja leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie jest skalą poziomu samodzielności w skali Barthel, który otrzymał o 40 pkt lub mniej. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowane są w warunkach stacjonarnych w zakładach opiekuńczych dla dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.

W zakresie koniecznym do wykonywania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie badania diagnostyczne oraz leki. Art. 20 wyżej wymienionej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wskazuje, że świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielane są według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń. W art. 20 ustawy o świadczeniach nie zostały uwzględnione stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, do których zgodnie z ustawą o działalności leczniczej należą m.in. świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Obecnie w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace w celu rozszerzenia obowiązku prowadzenia list oczekujących na wszystkich świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Powyższe rozwiązanie umożliwi ocenę faktycznego zapotrzebowania na świadczenia w ZOL-ach, czy w ZPO oraz dostępności tych świadczeń na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich funduszy.

Odnośnie do taryfikacji świadczeń to 15 marca tego roku ustalono nowe taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, które są udzielane zarówno w stacjonarnym zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, ale także dla dzieci. Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobodnia za świadczenia pielęgniarskie w pielęgniarskiej opiece długoterminowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania,

któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 pkt. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na wartość 30,08 zł.

Ponadto, należy zwrócić uwagę, że wzrost wartości taryfy świadczeń w rozbiciu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, realizowanych w wymienionych zakładach, rozłożono na okres 5 lat.

Dodatkowo obwieszczeniem z dnia 28 maja 2018 r. prezes Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji określił taryfę świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych z chorobą AIDS, zakażonych HIV z liczbą pkt. 0–40 w skali Barthel.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczym, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Jednym z ważniejszych działań służących zapewnieniu odpowiedniej jakości świadczeń w sektorze opieki długoterminowej jest zabezpieczenie wykwalifikowanych kadr medycznych. Dla zabezpieczenia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej szczególne znacznie ma nie tylko liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej, ale także posiadane kwalifikacje zawodowe. Do 2017 r. ponad 111 068 pielęgniarek podniosło swoje kwalifikacje, uczestnicząc w różnych formach kształcenia podyplomowego w dziedzinach i zakresach pielęgniarstwa, które głównie były dedykowane opiece nad osobami starszymi, a ponad 7 tys. pielęgniarek w 2017 r. było w trakcie szkoleń specjalizacyjnych.

Należy też podkreślić, że w systemie sukcesywnie przybywa pielęgniarek z uprawnieniami do ordynacji leków i wypisywania recept. W opiekę nad pacjentami w ZOL-u i ZPO zaangażowani są coraz liczniej także opiekunowie medyczni. Zgodnie z danymi statystycznymi CSIOZ, liczba opiekunów medycznych zatrudnionych w zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej wzrosła z 1699 w 2010 r. do 4455 osób w 2016 r.

Mając na uwadze zarówno rekomendacje prezesa agencji w przedmiotowym zakresie, jak i oczekiwania oraz potrzeby pacjentów wymagających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, Ministerstwo Zdrowia na bieżąco analizuje zgromadzone dane oraz opinie środowiska medycznego, aby wypracować jak najlepsze rozwiązania uwzględniające możliwości finansowe systemu, a jednocześnie pozwalające sprostać aktualnym i przyszłym wyzwaniom opieki długoterminowej. To w skrócie opis raportu, który przedstawiliśmy państwu.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję za informację. Otwieram dyskusję nad tym punktem. Najbardziej interesuje mnie to, czy pan minister i ministerstwo dostrzegacie jakieś problemy związane z funkcjonowaniem ZOL-i i ZPO. Jak pan minister wie, nie otwieramy tej dyskusji po raz pierwszy, tylko Komisja formułowała wcześniej dezyderat do ministra w tej sprawie. Był to dezyderat z 23 marca 2017 r., czyli półtora roku temu. Wówczas Komisja jednogłośnie zawnioskowała o podjęcie działań poprawiających dostępność dla pacjentów poprzez, po pierwsze, stworzenie precyzyjnego systemu kwalifikacji pacjentów do tych zakładów. Według opinii Komisji pacjenci często kwalifikowani są w oparciu o dostępność miejsc bez uwzględniania kryterium potrzeb. Wnioskowaliśmy również o zmianę kryteriów kwalifikacji, których dokonuje się obecnie w oparciu o skalę Barthel, która według Komisji nie jest adekwatna dla osób ze współistniejącymi zespołami otępiennymi.

Wnioskowaliśmy również o zdefiniowanie miejsca w ramach opieki długoterminowej w sektorze opieki długoterminowej dla chorych ze współistniejącym otępieniem. Chorzy ze względu na specyfikę występujących u nich zaburzeń wymagają wzmożonego nadzoru i opieki. Wnioskowaliśmy także o wypracowanie modelu współpracy na poziomie centralnym i lokalnym pomiędzy instytucjami pomocy społecznej, instytucjami ochrony zdrowia w zakresie wsparcia dla osób wymagających opieki długoterminowej.

Kolejnym punktem, o który wnioskowaliśmy, było to ujednolicenie opłaty za pobyt w ZOL-ach, wyrównujący dostęp do świadczeń pacjentom z niskimi i wysokimi dochodami. W obecnej kwalifikacji premiowane są osoby o wysokim dochodzie, co wynika z faktu pobierania przez podmiot leczniczy stawki finansowanej stanowiącej do 70% dochodu lub konieczności dopłacenia do pobytu w DPS.

Prosiliśmy o rozszerzenie listy specjalistów uprawnionych do podejmowania pracy przy opiece długoterminowej. Są to lekarze ze specjalizacją anestezjologia, intensywna terapia, medycyna paliatywna, rehabilitacja medyczna.

Był także postulat o zwiększenie nakładów finansowych na opiekę długoterminową, pozwalającą na pokrywanie rzeczywistych kosztów pobytu i leczenia. Obecne stawki nie są wystarczające dla zapewnienia stabilności finansowej placówek. Dodatkowo było zwiększenie norm zatrudnienia fizjoterapeutów oraz zapewnienia konsultacji lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w ZOL-ach. Rehabilitacja w ZOL-u powoduje zmniejszenie skutków niepełnosprawności pacjentów i zwiększenie szansy chorych na powrót do środowiska domowego.

Dalej mamy stworzenie systemu szkoleń kwalifikowania zawodowego dla osób w grupie wiekowej 50+, wspieranie rozwoju wolontariatu, wdrożenie zasady współpracy pomiędzy POZ-em i opieką długoterminową, zarówno w sferze opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej, zapewnienie wysokiej jakości usług opieki długoterminowej poprzez powszechne wdrożenie elektronicznych narzędzi umożliwiających zarządzenie personelem świadczącym usługi opieki długoterminowej i zapewnienie pacjentom dostępu do efektywnych kosztowo narzędzi telematycznych ułatwiających korzystanie z porad lekarskich specjalistów.

Przepraszam za tak długie przytoczenie, ale jest tutaj 13 punktów, o które Komisja wnioskowała półtora roku temu. W związku z powyższym, moje pytanie: Który z tych punktów został wdrożony i w jakim zakresie? Myślę, że to będzie pierwsze pytanie z mojej strony. Jeżeli są pytania państwa, członków Komisji, to może po tym pierwszym pytaniu zaraz oddam głos pozostałym posłom i naszym gościom.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Próbowałem notować punkty, ale nie zdążyłem zapisać wszystkiego. Część z tych punktów jest zrealizowana. Część wymaga porozumienia pomiędzy opieką realizowaną przez sektor ochrony zdrowia i opieki społecznej. Zaraz po publikacji opracowania dotyczącego polityki senioralnej zdecydowanie więcej będziemy mogli powiedzieć o zakresie świadczeń wspólnych. Z tego, co zdążyłem wynotować, to na pewno przy współpracy POZ-ów i ZOL-i ustawa o POZ wskazuje również możliwości realizowania świadczeń. Natomiast ze strony NFZ wycena kapitacyjna osoby w podeszłym wieku i osoby niesprawnej jest na tyle duża, że szczególnie poza dużymi miastami lekarze również pełnią opiekę nad pacjentami przebywającymi w ZOL-u. Podobnie jest, jeżeli chodzi o wynagrodzenie pielęgniarek środowiskowych, to stawka bazowa, jak dobrze pamiętam, jest dwa i pół razy większa. Idziemy w kierunku uruchomienia dodatkowej opieki, aby ten człowiek z ZOL-u mógł trafić do domu i w dalszym ciągu być pod opieką systemu ochrony zdrowia.

Co do ujednolicania stawek to jest 70% wynagrodzenia, które jest potrącane za pobyt w ZOL-u. To się nie zmienia. Natomiast, przy okazji taryfikowania, zwiększamy stopniowo, jak państwu wskazywaliśmy w pięcioletnim harmonogramie, stawki na ZOL-e. Oczywiście tych pieniędzy nie jest na tyle dużo, że można byłoby ogłosić sukces w postaci zabezpieczenia wszystkich środków. Pieniędzy jest tyle, na ile NFZ jest w stanie pokryć te wydatki.

Odnośnie do poszerzenia kwalifikacji to akurat specjalności, które wymienił pan przewodniczący, to nie mam przed sobą danych. Na pewno jest to przy okazji dodatkowych specjalności, czyli choroby wewnętrzne, medycyna ogólna, geriatria, neurologia, psychiatria. Co do uruchamiania opieki rehabilitacyjnej niektóre ZOL-e prowadzą taką działalność i występują o dodatkowe kontrakty do NFZ-u. Przy okazji reformy fizjoterapii i rehabilitacji w Polsce będziemy chcieli udrożnić ten temat.

Rekomendacja ze strony Agencji Ochrony Technologii Medycznych i Taryfikacji mówi o dostosowaniu uregulowań prawnych, aby zrównana została wysokość dopłat. To jest

wskazanie dodatkowej taryfikacji. Trwają prace nad koszykiem świadczeń w zakresie określania podstawowych procedur rehabilitacyjnych przysługujących pacjentom w opiece stacjonarnej. Myślę, że pierwszy raport nowego systemu rehabilitacji będzie opublikowany jeszcze w tym roku.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Przepraszam bardzo, panie przewodniczący. Jeszcze powiem o chorobach otępiennych. Spotkaliśmy się w ministerstwie ze środowiskami osób zajmujących się chorymi z rozpoznaniem Alzhaimera. Idziemy w kierunku postulowanego rozwiązania w systemie narodowego programu zajmującego się profilaktyką. Tutaj udrożni to przy okazji formę wydzielonych zakładów pielęgnacyjnych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Pani poseł, bardzo proszę.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, chciałam panu bardzo podziękować za wyrażenie opinii i wiadomości, która budzi nadzieję, o współpracy pomiędzy placówkami, które wykonują tego rodzaju świadczenia. Myślę, że jest to bardzo ważne, jeżeli nie najważniejsze. Powinno to objąć nie tylko współpracę POZ-ów i tych jednostek, ale również służb zależnych od samorządów terytorialnych i branżowych. Jeśli chodzi o samorząd terytorialny, to nie muszę tego wyjaśniać, że bardzo ważne jest, aby współpraca była zawiązana w sensie opiekunów społecznych, którzy mogliby pracować w domu pacjenta, aby jak najbardziej udomowić opiekę. Poza tym, wydaje mi się istotne, to jest kwestia dla NFZ-u. Po pierwsze, należałoby zastanowić się nad wymogami dla świadczeniodawców i rozumiem, że w trosce o to, aby opieka była jak najbardziej kompetentna, to nie robi się zamiennie możliwości pracy specjalistów opieki długoterminowej w opiece paliatywnej i nawzajem. To zwiększyłoby dostępność i poprawiło jakość tej opieki.

Tutaj od razu rysuje się potrzeba współpracy z samorządami branżowymi. Myślę tu o izbach pielęgniarskich. Chodzi o to, że wciąż za mało jest szkolenia prowadzonego przez izby pielęgniarskie. W zamian za to na rynku jest bardzo dużo placówek, które wykonują pracę quasi szkoleniową. Na to trzeba zwrócić uwagę, jak również na liczbę i jakość samorządów branżowych.

Ogólnie jest tak, że ta dziedzina opieki wymaga innowacji i przełomu, żeby była naprawdę szeroko reprezentowana zarówno przez placówki medyczne, jak i społeczne, wolontariuszy, czyli po prostu obejmowały wszystkie samorządy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, kolejne osoby. Zapraszam przedstawiciela samorządu.

Ekspert w Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, powiem w ogromnym skrócie o trzech kwestiach. Po pierwsze, chciałem zapytać pana ministra, czy rzeczywiście to nie jest pomyłka. Jeżeli nie jest to pomyłka, to mamy do czynienia z głębokim kryzysem. W ciągu roku w ZOL-ach, ZPO i ZPL-ach ubyło nam prawie 9 tys. pacjentów z 41 285 osób w 2017 r. Teraz mamy 32 tys. Podobnie jest, jeżeli chodzi o wentylowanych mechanicznie. Patrzę na dane. Nie wiem, co państwa tak poruszyło, że jest taki szum, ale patrzę na tabelę.

Podobnie, jeżeli chodzi o środki. Wygląda na to, że mamy dwa razy mniej środków na to świadczenie. Chcę powiedzieć o tym, że jest ogromne zapotrzebowanie na te świadczenia. W samorządach mamy z tym bez przerwy kontakt i ogromne naciski ze strony mieszkańców na świadczenia w ZOL-ach i ZPO.

Z drugiej strony skala finansowania powoduje, że nie jest to działalność chętnie prowadzona. To jest dokładnie odwrotnie, jeżeli chodzi o oczekiwania społeczeństwa w kwestii zmian demograficznych. Z jednej strony jest ogromny popyt na świadczenia,

a z drugiej strony podaż maleje. Mam konkretną propozycję w związku z tym dla pana ministra, którego znam jako osobę mającą doskonałe rozeznanie w systemie. Wprowadźcie państwo system wspierający restrukturyzację rynkową podmiotów leczniczych w kierunku przekształcania pewnych oddziałów, np. oddziału ginekologiczno-położniczego, w którym jest 200 porodów rocznie, w komórki realizujące opiekę długoterminową. My to chętnie zrobimy. Jest dyskusja, czy liczba szpitali jest za mała lub za duża. Może uda się dokonać restrukturyzacji, jeżeli znajdzie się instrument wspierający podmioty lecznicze, także samorządy w pewnym stopniu, w kierunku restrukturyzacji rynkowej, w kierunku usług, na które będzie rósł popyt w związku ze zmianami demograficznymi.

Druga kwestia jest taka, że w zakresie tych usług mamy nieprawdopodobne zróżnicowanie regionalne. Ono trwa i jest od zawsze. Należałoby zastanowić się, dlaczego tak jest. Użyję konkretnych liczb ze sprawozdania NFZ-u za 2017 r. Mamy bardzo obiektywny wskaźnik. Są to nakłady na tego typu świadczenia na 10 tys. uprawnionych w województwie. Mamy liderów. Jest to Opolszczyzna 564 tys., śląskie 539 tys., Podkarpacie to 530 tys. na 10 tys. uprawnionych. Z drugiej strony mamy takie województwa, które wydają dwa i pół razy mniej na 10 tys. uprawnionych: pomorskie do 226 tys., Wielkopolska 242 tys. i łódzkie 257 tys. zł. Województwo mazowieckie jest w środku. Jest nieprawdopodobnie duża różnica. W tym przypadku, skrajne wartości wskazują, że wydaje się dwa i pół razy mniej na 10 tys. uprawnionych w jednym i drugim województwie.

Jeżeli mówimy o dostępności do świadczeń, a nie są one wysokospecjalistycznymi, to nie jest tak, że trzeba ich szukać daleko. Można je organizować blisko. W związku z tym wydaje się, że trzeba się nad tym pochylić i starać się znaleźć jakiś sposób na to, żeby szczególnie w tych województwach, w których podchodzono do kontraktowania tych świadczeń dosyć lekko i nie było przyrostu nakładów na te świadczenia, to postarać się odwrócić sytuację. Tym bardziej, że mówimy o ZOL-ach i ZPO. To przekłada się na inne formy wsparcia opieki długoterminowej.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to jeden przykład. Chodzi o pielęgniarską opiekę długoterminową domową, to na Opolszczyźnie, którą wymieniałem jako lidera, jest prawie 4 tys. osób objętych opieką. Opolszczyzna ma 900 tys. mieszkańców. Z drugiej strony mamy Pomorze, które ma trzy razy więcej mieszkańców, a tylko 850 osób objętych opieką. Widać wyraźnie, że jest określone spojrzenie na świadczenia. Te kwestie opieki długoterminowej nie znajdują w niektórych oddziałach wojewódzkich funduszu należytego uznania. Prośba, aby resort razem z funduszem zastanowili się nad tym, czy nie można tego naprawić.

Ostatnia kwestia. Drodzy państwo, będziemy mieli jeszcze większy problem w ZOL-ach niż mieliśmy. Jak powiem dlaczego, to będziecie zdziwieni. Otóż, związane jest to ze wzrostem cen energii elektrycznej. Są 84 podmioty lecznicze. Wzrost w tych podmiotach będzie to ok. 80%. Teraz kiedy prowadzimy przetargi o dostarczeniu energii, to w dużych miastach oferty są na poziomie 55% i więcej. To będzie koszmarny wzrost. W ZOL-ach nie wyłączymy światła. W związku z tym w strukturze kosztów energia elektryczna ZOL-i stanowi w niektórych przypadkach trzecią pozycję po płacach i wyżywieniu. Teraz nagle ta pozycja skoczy w górę. Mówię o tym teraz, bo pan minister mówił o taryfikacji. Taryfy ustalone kilka miesięcy temu już dalece odbiegają od faktycznych kosztów utrzymania pensjonariuszy. Prośba, aby jeszcze raz się nad tym pochylić. Skutek będzie taki, że będzie jeszcze mniej działających ZOL-i. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo panu Markowi Wójcikowi ze Związku Miast Polskich za te opinie. Przyjmujemy je do wiadomości. Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Mam pytanie. Te 13 punktów, które Komisja w ubiegłym roku wyodrębniła i przekazała ministerstwu, myślę, że poza kwestiami organizacyjnymi dotyczącymi skali Barthel i usług rehabilitacyjnych, o których zwiększenie wnioskowaliśmy, to kwestią podstawową są stawki za dzień pobytu. Wtedy sformułowaliśmy, że stawki nie są wystarczające dla zapewnienia stabilności finansowej placówek. Chciałbym dokładnie zrozumieć, jak stawka na przestrzeni półtora roku zmieniła się i do czego mamy dojść w perspektywie

5 lat. Harmonogram jest rozłożony na 5 lat. Chcemy dokładnie wiedzieć, jak te koszty świadczenia będą wyglądać. Panie ministrze, myślę, że będzie to dla nas bardziej czytelne.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Jeszcze raz dziękuję. Po kolei odniosę się do sugestii i pytań. Oczywiście w opiece długoterminowej rola opiekunów medycznych jest nie do przecenienia. Korzystając z doświadczeń innej reformy, czyli psychiatrycznej, gdzie dostrzegliśmy tzw. opiekunów zdrowienia i osób, które są generalnie zaangażowane i niekoniecznie związane z określonym wykształceniem, to jeżeli chodzi o opiekunów medycznych, opiekunów nad osobami niesamodzielnymi, niesprawnymi w podeszłym wieku, to chcemy dostrzec osoby, które opiekują się swoimi rodzicami, małżonkami. Są to osoby, którym chcielibyśmy umożliwić pracę i zakwalifikowanie tej części opieki do normalnie wykonywanego zawodu. Chcemy przygotować taki projekt.

Co do wymogów dla świadczeniodawcy. Jest to ogromny problem. Jeżeli jest zakład opiekuńczo-leczniczy lub opiekuńczo-pielęgnacyjny, to jest w naszym zakresie kontroli. Natomiast, jeżeli zakład opieki jest zarejestrowany jako dom radości lub pod inną nazwą, to niewiele mamy możliwości do przeprowadzenia nadzoru. Też chcemy to zmienić. Państwowa Inspekcja Sanitarna, która może kontrolować różnego rodzaju tryby funkcjonowania, będzie angażowana w większym stopniu, aby zakończyć patologie. Wszyscy o tym wiemy. Nie ma co przytaczać przykładów. Chcemy to jeszcze bardziej ograniczać i wręcz eliminować.

Co do szkoleń to są prowadzone przez izby pielęgniarskie. Przytoczyłem cyfry, które o tym świadczą. Oczywiście chcemy również poprowadzić wzmożoną akredytację tych szkoleń w specjalnościach, gdzie dotykamy profesjonalistów medycznych, czyli osób wykonujących zawód, aby ktoś, kto ma konkretny tytuł do wykonywania usługi, którą ma wykonywać, realizował również w innych miejscach w kraju.

Odnośnie do kwestii stwierdzenia o zmianie czy obniżeniu liczby łóżek w zakładach opieki długoterminowej, co zostało przytoczone przez pana Marka Wójcika, to jest dokładnie odwrotnie. Dane z 2018 r. dotyczą połowy roku, a więc zsumujemy to, a zarówno liczba łóżek i budżet wzrastają, a nawet bardziej skokowo, niż to planowaliśmy na początku roku. Niezręczność polega na tym, że mamy dane tylko do końca czerwca 2018 r. Pewnie jak będziemy mieli pełen okres obliczeniowy, to okaże się, że cyfra będzie bardziej precyzyjna.

Co do wskaźnika nakładów na 10 tys., to jest jeden ze wskaźników. Mamy bardzo zróżnicowaną regionalnie politykę opiekowania się osobą niezależnie od wieku. Są regiony, w których bardziej polega to na opiece rodzinnej, domowej. Są natomiast regiony, gdzie jest to związane ze wzorcami krajów zachodnich. Sam prowadziłem i miałem doświadczenia, kiedy opiekowaliśmy się osobami w podeszłym wieku, które były głównie niesprawne, w okresie świąt. Są to bardzo zróżnicowane w skali kraju metody.

Oprócz tego wskaźnika, który na pewno jest cenny i ważny, chcemy analizować i analizujemy takie wskaźniki, jak czas oczekiwania na takie miejsce. Chciałbym doprowadzić do takiej sytuacji, jak mówił pan przewodniczący, która jest stosunkowo rzadka. Jeżeli osoba, szczególnie w podeszłym wieku, trafi do ZOL-u, to ona już tam najczęściej zostaje. Chodzi o to, abyśmy budowali opiekę pośrednią, aby pacjent ze szpitala mógł wrócić do siebie, do domu, pod opiekę części domowej zdecydowanie szybciej. To jeszcze przed nami.

Nie mamy wiele elementów do pokazania. Aczkolwiek chciałbym wspomnieć o projekcie, który jest już zakończony, jeśli chodzi o pilotaż. Jest to projekt opieki jednodniowej nad osobami niepełnosprawnymi, głównie w podeszłym wieku. Wychodzimy z takiej koncepcji, że społeczność, wspólnota lokalna jest zaangażowana w opiekę nad tymi osobami. Uważamy, że taka forma opieki jest trochę droższa, ale przyniesie efekt w postaci nieumieszczania osoby starszej, niepełnosprawnej w określonym wieku w ZOL-u do końca życia.

Co do energii to nie pamiętam, jaki jest procentowy udział w całym budżetowaniu. Oczywiście dostrzegamy zwyżkę. Stymuluje to do zmiany taryfikacji. Planowane podwyżki wynagrodzeń dla personelu pielęgniarskiego będą zdecydowanie większą pozycją niż energia. To na pewno jest to stymulator, aby zmieniać wycenę.

Pojawiło się pytanie o stawki. W tej chwili jest ok. 72 zł średnio. W kraju jest bardzo różnie. Chodzi o osobodzień. Jest to kwota bazowa. Chcemy w ciągu 5 lat doprowadzić do 125 zł. To jest kroczący proces w zależności od środków dostępnych w systemie. Nie chcemy, nie chcieliśmy doprowadzić do takiej sytuacji, a to się w tej chwili zmieniło, żeby osobodzień w zakładzie w ZOL-u był większy niż osobodzień w stawce w szpitalach psychiatrycznych. Chcemy zachować ten balans, ponieważ opieka psychiatryczna jest zdecydowanie inna i wymaga więcej zaangażowania personelu medycznego. To tyle, jeżeli chodzi o te pytania.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Mamy jeszcze kolejne pytania. Zacznijmy od naszego stałego doradcy, a później pan i pani Iwona Bruśk.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Dzień dobry. Rafał Sapuła, jestem doradcą Komisji. Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, nawiązując do słów pana ministra, potwierdzam fakt, że jako praktyk lekarz, który pracuje w środowisku, jak i stacjonarnych podmiotach, konsultuję też pacjentów ZOL-u. Jest to zdecydowanie najtańsza i najbardziej przyjazna forma opieki nad pacjentem. Jak obserwuję ZOL-e, to zdecydowanie efekt skali ma duże znaczenie. Większe ZOL-e potrafią sobie poradzić i są rentowne.

Niestety, ale małe ZOL-e nie poradzą sobie przy tym finansowaniu. Cały czas wracam do kwestii, która niestety spędza sen z powiek wielu podmiotom. Dotyczy to systemu kwalifikacji. Ponawiam prośbę do państwa, aby jednak wskaźnik Barthel rozbudować o jakiś model oceny zaburzeń otępiennych. Trudno porównać pacjenta z otępieniem i pacjenta bez takich zaburzeń. Często zaburzenia otępienne następują w trakcie pobytu pacjenta. On jest przyjmowany bez zaburzeń. To może trwać kilka lat. Tu mamy problem i faktycznie powinniśmy takiego pacjenta wypisać, kiedy go usprawnimy. Tak naprawdę czasami nie opłaca się usprawniać tego pacjenta.

Bardzo serdeczna prośba, aby podjąć pracę nad tym systemem i prośba o lepszą komunikację z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, która dotyczy tych kwalifikacji pacjentów do DPS-ów i ZOL-i. Jak zwracaliśmy uwagę w dezyderacie, to tak naprawdę o tym, gdzie trafi pacjent, decyduje dostępność miejsc. Ich niestety nie ma za dużo. Dostępność do DPS-ów jest zdecydowanie większa niż do ZOL-i. Chciałbym się jeszcze zapytać, bo jest to zadawalające, że trwają prace dotyczące zrównania wysokości dopłat. Kiedy można byłoby spodziewać się tego systemu? W wielu ZOL-ach premiowani są pacjenci z wyższymi uposażeniami. Tutaj też mielibyśmy prośbę, aby wdrożyć te rzeczy.

To, co mówił pan minister, rzeczywiście, uczestniczę w pracach dotyczących reorganizacji rehabilitacji i ZOL-e, opieka długoterminowa to takie ostatnie ogniwo opieki nad pacjentem. Pacjent, który nie rokuje zdecydowanej poprawy stanu funkcjonalnego, byłby w systemie objęty opieką długoterminową. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję. Proszę się przedstawić i zabrać głos.

Prezes zarządu Fundacji Dom z Sercem Paweł Radomski:

Witam serdecznie. Nazywam się Paweł Radomski. Reprezentuję Dom z Sercem. My prowadzimy opiekę domową łącznie z teleopieką i domem pomocy społecznej. Pan przewodniczący wspominał o zwiększeniu dostępności rehabilitacji w domach. Postulowałbym, aby zwiększyć dostępność w domach. Jak powiedział pan minister, człowiek, który trafia do ZOL-u, to w dużej części są to osoby, które nie wracają już do domu. Rehabilitacja, w takim celu, aby on wrócił do środowiska jest ważna. Jest to pewnie kilka procent osób, które trafiają do ZOL-i. Ważne jest, aby ci ludzie mieli dostępność rehabilitacji, zanim pójdą do ZOL-u. Mówię to w kontekście osób w podeszłym wieku. W tym mam ogromne doświadczenie.

Druga sprawa to wspominaliśmy o kosztach. Koszty w DPS są o wiele niższe niż w ZOL-ach. To jest ponad 100 zł dziennie w DPS. To, co mówił też pan doktor. Chodzi o komunikację z MRPiPS w kontekście kwalifikacji osób do ZOL-i. U nas w DPS

-ie połowa mieszkańców jest poniżej 40 pkt w skali Barthel. Druga połowa to są osoby dementywne. Myślę, że ten przekrój pacjenta w DPS-ach i ZOL-ach często jest bardzo podobny.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję bardzo. Pani Iwona Bruśk, wiceprzewodnicząca Wolskiej Rady Seniorów.

Przedstawiciel Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Iwona Bruśk:

Dzień dobry. Jednocześnie zespół ds. opieki długoterminowej Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej.

Panie ministrze, mam pytanie: Czy zechciałby pan powiedzieć, czy wykaz kadry, która jest zapisana w opracowaniu, jako goście nie dostaliśmy tego opracowania, ten wykaz kadry w ogóle, ile mamy lekarzy i pielęgniarek, które ukończyły kursy, czy są to osoby, które bezpośrednio zajmują się osobami w tych placówkach?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Od razu odpowiedź?

Przedstawiciel Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Iwona Bruśk:

Tak, prosiłabym o odpowiedź na to pytanie, bo jest to kluczowe w kontekście rozmowy o kadrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Takie badania są prowadzone. Są to osoby, które mają uprawnienie w Polsce do wykonywania tych świadczeń. Nie liczymy po zatrudnionych w konkretnych placówkach. Nie dysponujemy takimi danymi.

Przedstawiciel Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Iwona Bruśk:

Rozumiem, czyli ogólnie. Proszę państwa, jest taka sytuacja, że za publiczne pieniądze kształcimy kadrę lekarzy, pielęgniarek, którzy potem nie pracują w tych placówkach i nie pracują bezpośrednio z pacjentem. Ukończyłam specjalizację pielęgniarstwo geriatryczne i z pacjentem bezpośrednio nie pracuję. Koszt mojej specjalizacji to 6 tys. zł. Dziękuję państwu bardzo, że państwo za to zapłaciło. Takich sytuacji mamy bardzo dużo. Należy sprawdzić dokładnie, zrobić analizę, ile personelu faktycznie pracuje w kontakcie z pacjentem.

To jest niezwykle kluczowa sprawa. To prowadzi nas do bardzo dramatycznej sytuacji, która będzie nas za chwilę czekała. Cała armia wykształconych pielęgniarek, opiekunów medycznych kształconych za pieniądze publiczne… Mówię armia w cudzysłowie. Ta armia jest już spakowana i już jej nie ma. Natomiast, liczenie na to, że do naszych placówek przyjdą opiekunowie z Ukrainy, co było takim myśleniem, jest optymistyczne. Za pół roku Niemcy uruchamiają możliwość zatrudnienia personelu kwalifikowanego u siebie i płacą 6–8 razy więcej. Nasza opieka długoterminowa, opieka nad pacjentem jest w trudnej sytuacji. To, o czym mówił pan, że prąd położy koszty utrzymania, ale także to, że nie będziemy mieli kadry.

Z moich doświadczeń jako wykładowcy akademickiego wynika, że pielęgniarek kończących studia pielęgniarskie z tytułem magistra z rocznika wychodzi 120, np. z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. To jest niepoważne. To jest bardzo mało. Natomiast to nie są osoby, które idą do pracy z pacjentem. Idą w system, do różnych instytucji. Proszę państwa, są to naprawdę ogromne problemy.

Mamy jeszcze jeden problem podwójnej opieki w domu. U nas w domu starym, niepełnosprawnym pacjentem zajmuje się jego stary, niepełnosprawny współmałżonek lub rodzina, która nie wie, w co ma ręce włożyć i kompletnie nie jest do tego przygotowana. Panie ministrze, mam uprzejmą prośbę o rozważenie możliwości przygotowania analizy. To jest proste. Chodzi o zapytanie, ile w placówkach pracuje kadry zajmującej się tym pacjentem. To jest istotne. To, że wykształcimy 50 tys. pielęgniarek w opiece długoterminowej, to wcale nie oznacza, że pielęgniarka będzie pracowała w opiece nad pacjentem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę, kolejna osoba.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz z Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej.

Mam pytanie do pana ministra, nawiązując trochę do wypowiedzi poprzedniczki. Panie ministrze, czy w ogóle rozważany jest aspekt obowiązku świadczenia pracy w polskim systemie w momencie, kiedy kształcimy lekarza, pielęgniarkę za publiczne pieniądze? Na Zachodzie, jeżeli student otrzymuje pieniądze od koncernu, to musi podpisać zobowiązanie, że przez ileś lat po studiach będzie w tym koncernie świadczył pracę. U nas mamy sytuację taką, że społeczeństwo z naszych podatków kształci dużą liczbę lekarzy i pielęgniarek, a te osoby po prostu mają to gdzieś, bo dostaną tam lepsze warunki płacowe. My nie egzekwujemy tego. Nigdzie na świecie tak nie ma. Oczywiście wolno, ale niech zapłaci za swoje wykształcenie. Jeżeli korzysta z publicznych środków, finansując swoje wykształcenie, to powinno to rodzić obowiązek wobec naszego państwa, pacjentów, którzy łożą na jego wykształcenie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję za ten pogląd. Można byłoby dyskutować. Jesteśmy w Unii Europejskiej i w odniesieniu do innych grup zawodowych można byłoby tego typu warunki wprowadzać np. dla inżynierów. Nie wracajmy do tego, co było kiedyś.

Panie ministrze, teraz pana czas.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Jeżeli chodzi o kwalifikacje, to przyjąłem postulat i muszę sprawdzić. Jest to w zakresie innego departamentu i muszę sprawdzić, na jakim etapie są te podziały. Liczę na reformę rehabilitacji, a też w kontekście niepełnosprawności, bo tam zmieniamy klasyfikacje. Myślę, że prace złożą się na to i rzeczywiście w stosunkowo krótkim czasie uda się to zmienić. Jeśli chodzi o rehabilitację w domach, to mówimy o fizjoterapii. Zmieniamy ten system. Będzie pilotaż, aby fizjoterapia docierała poza strukturami opieki zdrowotnej. Chcemy dokładnie wyliczyć, jaki jest efekt. W tej chwili w rehabilitacji i fizjoterapii mamy główny problem polegający na tym, że są osoby, które rehabilitujemy po 200 dni w roku. Są także osoby, które czekają długo na jakiekolwiek zabiegi. Jest to bardzo pokrewna dyscyplina, jak opieka długoterminowa, żeby to zmodyfikować.

Co do kadr, to myślałem, że pani przewodnicząca zasugeruje, aby odebrać te pieniądze, które są przeznaczone na szkolenia. Takiego pomysłu nie ma. Tutaj mamy problem kadr pielęgniarskich. Myślę, że przy zwiększonej liczbie chętnych do kształcenia na wydziałach lekarskich za 5–7 lat, kiedy dopracujemy specjalizację w dziedzinach podstawowych, to problem kadry lekarskiej będzie malał. Nie mam takiego samego optymizmu, jeżeli chodzi o kadrę pielęgniarską. Zafundowaliśmy sobie system niezgodny z rozwiązaniami niemieckimi, czyli taki sposób kształcenia pielęgniarek i położnych, gdzie widać, że nie jest kompletnie efektywny w przygotowaniu odpowiedniej liczby osób. W sumie w cywilizowanych krajach nie ma innej możliwości niż udostępnienie kształcenia osobom, które chcą wykonywać ten zawód.

Natomiast, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, to są rozwiązania, o których wspomniałem. Zdecydowanie większy zakres powinien być udziałem opiekunów medycznych w opiece. Wówczas pielęgniarki, których jest mało, pełniłyby funkcję nadzorczą. Co do obowiązku pracy, to myślę, że szczęśliwie ten system mamy za sobą. Nakazy pracy również mamy za sobą. Tej części rozwiązań absolutnie nie będziemy rozważać.

Natomiast, przykłady przeciwdziałania. Część priorytetowych specjalności lekarskich ma możliwość dofinansowania, ale pod warunkiem realizacji tej pracy na miejscu. Odwiedzałem szkoły pielęgniarskie i wyższe szkoły zawodowe i dofinasowanie do tych szkół również polega na tym, że osoby, które korzystają ze stypendium są zobowiązane do przepracowania określonego czasu w okolicznych szpitalach. Dotyczy to nieco mniejszych miejscowości niż Kraków, Warszawa, Łódź, czy Katowice. W takich miejscach podpisujemy umowy. Dzięki dotacjom, stypendiom mamy zwiększoną liczbę przyjęć w ramach tych szkół. Nie odwiedziłem wszystkich, ale z tych 7 to w każdej z tych szkół była zwiększona liczba przyjmowanych osób na studia licencjackie z zakresu pielęgniarstwa. Nie chcę mówić, że jest to jakaś jaskółka. Być może większe zarobki pielęgniarek niż 4–6 lat temu i rosnąca rola w systemie opieki zdrowotnej spowoduje, że będzie więcej

osób. Podobnie jest z ratownikami. Chcemy także zwiększyć wynagrodzenia, aby spakowane walizki były rozpakowywane, żeby jak najwięcej osób pozostało w kraju.

Co do przyjmowania osób spoza granic kraju, to chcemy dotknąć tej kwestii, aby umożliwić coś w rodzaju stażu osobom wykwalifikowanych. Sprawdzimy wtedy możliwości przyjmowania. Niemcy i Skandynawia to wykonali. Ten etap jest przed nami. Mam nadzieję, że w ciągu 12 miesięcy pojawią się rozwiązania. Na pewno nie będzie to dotyczyło opieki długoterminowej, bo są tutaj potrzeby w specjalnościach zabiegowych czy szpitalach. Tam prawdopodobnie pierwsza fala tego zainteresowania pójdzie. Mam nadzieję, że później doprowadzi to do opieki długoterminowej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę, pan doktor.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Jeszcze uzupełniając wypowiedź pana ministra i odpowiadając na zadany przez pana problem, chcę powiedzieć, że w tej chwili opieka fizjoterapeutyczna, rehabilitacyjna nad pacjentem domowym zdecydowanie poprawiła się po wejściu ustawy zwiększającej uprawnienia dla opieki osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Wręcz teraz widzę, że jest taka nadprodukcyjność. U mnie to widzę. Fizjoterapeuci biją się, aby móc chodzić do pacjenta. Po zgłoszeniu pacjenta w ciągu 7 dni taki podmiot powinien rozpocząć wykonywanie świadczeń w domu pacjenta. NFZ przekazał na to dodatkowe środki i nie są one limitowane. U siebie tego problemu nie obserwuję. Naprawdę dostępność się poprawiła po wejściu tej ustawy. To ma być 1 500 000 tys. zł rocznie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Proszę bardzo.

Prezes KSRSSR Jerzy Płókarz:

Ad vocem, panie ministrze. Oczywiście nie miałem na myśli zakazów pracy, które kojarzą się wszystkim nam ze wczesnym socjalizmem. Natomiast myślę i taki mam pogląd w imieniu organizacji, bo rozmawiam z członkami mojej organizacji na ten temat, że być może warto zastanowić się nad takim kierunkiem stypendialnym. Można skierować środki do publicznego szpitala, który przydzielałby stypendium i w ten sposób zapewniał sobie personel. Tak robią szpitale na Zachodzie.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzisiaj zajmujemy się opieką długoterminową. W mojej opinii, jeżeli nie będzie zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową, która przełoży się na zwiększenie stawek i taryf, co przełoży się na realne środki, jakie otrzymują zakłady, to będziemy mieć problemy z kadrą. Pewnie bardzo trudno byłoby uchwycić te dane, o które dzisiaj wnioskowano, ponieważ częstotliwość zmian w kadrze z zakładach opiekuńczych i pielęgnacyjnych jest bardzo duża. To wynika z niskich stawek. Usługi rehabilitacyjne niestety, ale nadal są fikcyjne. Nie są wystarczające, jeżeli chodzi o świadczenia gwarantowane. Należy przeprowadzić analizę, o którą wnioskuje Związek Miast Polskich, czy wzrost cen energii elektrycznej nie spowoduje tego, że trzeba będzie dokonać ponownej analizy tego, co zostało zaproponowane. Może się okazać, że spowoduje to potężne problemy, jeżeli chodzi o sytuację finansową tych placówek.

Proponuję na tym zamknąć ten punkt. Przed nami jeszcze kolejny. Dziękuję panu ministrowi i wszystkim dyskutantom.

Przechodzimy do drugiego punktu, którym jest informacja Najwyższej Izby Kontroli na temat funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy w województwie warmińsko- mazurskim. Prośba do pani prezes, aby w sposób bardzo zwarty i z ukierunkowaniem na pewne rekomendacje przedstawić ten temat, także ze względu na późną godzinę, która nam się zrobiła. Dziękuję bardzo.

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Ewa Polkowska:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, oczywiście postaramy się. Nawiązując do pierwszego punktu porządku dziennego posiedzenia państwa Komisji, chcę powiedzieć, że NIK

planuje w 2019 r. przeprowadzenie kontroli dotyczącej opieki długoterminowej. Może będzie to przydatny materiał.

Jesteśmy też w trakcie realizacji ciekawego materiału, który państwu będziemy przedstawiać. Jest to kontrola dotycząca opieki paliatywnej i hospicyjnej, co też jest przedmiotem zainteresowania Komisji.

Dzisiaj, jeżeli państwo pozwolicie, wraz z moimi kolegami, którzy przeprowadzali kontrolę, chcielibyśmy przedstawić państwu materiał, który otrzymaliście. Chcemy przedstawić krótko informację z kontroli Najwyższej Izby Kontroli na temat funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy w województwie warmińsko-mazurskim. Kilka zdań charakteryzujących działalność objętą kontrolą. Potem krótko powiemy, dlaczego podjęliśmy kontrolę, jaki jest efekt tej kontroli i jakie są rekomendacje.

Środowiskowe domy samopomocy są ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Do zadań tych domów należy budowanie sieci oparcia społecznego oraz przygotowanie do życia w społeczeństwie i funkcjonowania w środowisku osób przewlekle chorych psychicznie, niepełnosprawnych intelektualnie, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Wsparcie to ma na celu zwiększenie ich zaradności i samodzielności życiowej, a także osiągnięcie większej integracji społecznej. Liczba osób leczonych w Polsce z powodów psychicznych systematycznie wzrasta. Według danych GUS-u z 2014 r. osób z zaburzeniami psychicznymi leczonych w warunkach ambulatoryjnych było ok. 1400 tys. osób potrzebujących pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zachowania. Zatem udzielenie pomocy, opieki i wsparcia tym osobom oraz ich rodzinom, co jest bardzo ważne, staje się istotnym problemem ochrony zdrowia Polaków angażujący na ten cel coraz większe środki finansowe z budżetu państwa.

Jedną z form wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi, najczęściej obecnie rozwijającą się, są środowiskowe domy samopomocy. Są to jednostki organizacyjne pomocy społecznej dziennego pobytu, w którym mogą być prowadzone miejsca całodobowe i na pobyt okresowy. Maksymalny okres korzystania z takich miejsc całodobowych przez jedną osobę jest to 8 miesięcy w roku kalendarzowym.

Domy samopomocy świadczą usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu różnych umiejętności np. w zakresie czynności dnia codziennego. Są to treningi: dbałości o wygląd dnia codziennego, higieny czy kulinarne. Są także umiejętności funkcjonowania w życiu społecznym, kształtowanie pozytywnych relacji uczestników z osobami bliskimi i sąsiadami.

Prowadzenie sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest zadaniem zleconym z zakresu administracji rządowej realizowanym przez gminy i powiaty oraz finansowanym z budżetu państwa. Utworzenie środowiskowego domu samopomocy przez jednostkę samorządu terytorialnego lub uruchomienie nowych miejsc w takim ośrodku powinno być uzgodnione z wojewodą i uwzględniać możliwości finansowania ze środków budżetu państwa. Należy zaznaczyć, że obowiązkowym zadaniem własnym jednostek samorządu terytorialnego wszystkich szczebli jest również przygotowanie oceny zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę lokalnej sytuacji społecznej i demograficznej, a także opracowanie strategii rozwiązywania problemów społecznych, która powinna zawierać m.in. diagnozę sytuacji społecznej i prognozy zmian oraz sposób realizacji strategii i ramy finansowe.

Dlatego kwestia rozpoznawania potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposobów ich zaspokajania powinna znaleźć odzwierciedlenie w powyższych dokumentach strategicznych we wszystkich jednostkach samorządu terytorialnego na wszystkich szczeblach. Dotacji na funkcjonowanie środowiskowych domów samopomocy na podstawie ustawy o pomocy społecznej udzielają wojewodowie. Dotacje celowe na prowadzenie, bieżące utrzymanie i rozwój infrastruktury tych domów przyznawane są na podstawie umowy o pomocy społecznej. Środki na bieżące utrzymanie przydziela wojewoda, a ich wysokość wyliczona jest na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej, zależy od liczby miejsc w tych domach, ich bieżącego wykorzystania liczby miejsc oraz wysokości miesięcznej stawki dotacji.

Środowiskowe domy samopomocy mogą być prowadzone bezpośrednio przez jednostki samorządu terytorialnego, gminy lub powiaty, które są wówczas prowadzącymi albo funkcjonować…

Poseł Urszula Rusecka (PiS):

Przepraszam pani dyrektor, ale na sali pozostało trzech posłów. Mamy prośbę. Mamy to w materiałach. Prosimy o podsumowanie, co wynikło z kontroli. Prosimy o konkluzję.

Wiceprezes NIK Ewa Polkowska:

Dobrze. Przejdziemy do konkluzji. Chciałam dokończyć jednym zdaniem. W obszarze działalności, którą kontrolowaliśmy, jest kilka momentów czy miejsc, które się zadziały z punktu widzenia funkcjonowania tych domów i momentów, które będą się działy.

Na to, na co chcielibyśmy zwrócić uwagę, to może mieć znaczenie dla państwa oceny i pracy. Do dnia 31 grudnia 2017 r. wszystkie środowiskowe domy powinny spełniać warunki określone w rozporządzeniu ministra polityki społecznej w zakresie warunków administracyjno-technicznych funkcjonowania tych domów.

Drugim momentem, który naszym zdaniem jest ważny, a który jeszcze jest przed nami, to do 31 grudnia 2019 r. Te domy mogą funkcjonować tylko do tego czasu. Środowiskowe domy pomocy mogą funkcjonować łącznie z domami opieki społecznej. Po tym czasie nie będzie to możliwe. To stanowi dosyć duże wyzwanie dla wszystkich podmiotów, które finansują środowiskowe domy pomocy. Bardzo krótko. Dlaczego właśnie woj. warmińsko-mazurskie? Dlatego mówiłam o pewnej dynamice powstawania tych form wsparcia. To województwo ma najwięcej środowiskowych domów samopomocy w całej Polsce.

Pan dyrektor Piotr Górny, który przeprowadzał kontrolę, proszę bardzo.

Dyrektor Delegatury NIK w Olsztynie Piotr Górny:

Dziękuję bardzo. Zgodnie z sugestią będziemy się streszczać. To są dane liczbowe dotyczące liczby środowiskowych domów samopomocy oraz dostępnej liczby miejsc. To są dane na koniec 2015 r. Kiedy procedowaliśmy informacje o wynikach kontroli, ministerstwo nie posiadało jeszcze wtedy danych na koniec 2016 r. Kontrolę podjęliśmy dlatego, że liczba miejsc oferowanych w środowiskowych domach pomocy w woj. warmińsko-mazurskim była największa, a co za tym idzie, największe środki były kierowane do tego województwa. Były też pewne informacje medialne w zakresie nieprawidłowości podziału dotacji celowych i niezgodne z przeznaczeniem wykorzystanie tych dotacji. Także były sygnały od posłów. To były przyczyny, dla których podjęliśmy kontrolę.

Tutaj kolejny wykres, na którym widzimy liczbę miejsc i osób przebywających w poszczególnych województwach. Wskaźniki są najwyższe w woj. warmińsko-mazurskim. W trakcie tej kontroli staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie, czy domy samopomocy w naszym województwie skutecznie realizowały potrzeby opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi oraz czy ich organizacja i funkcjonowanie były zgodne z obowiązującymi przepisami. To był główny cel kontroli. Cele szczegółowe to: czy wojewoda i JST posiadały rzetelne rozpoznanie potrzeb w zakresie świadczenia osobom z zaburzeniami psychicznymi specjalistycznych usług opiekuńczych; czy usługi były świadczone przez środowiskowe domy samopomocy na odpowiednich standardach; czy środki na funkcjonowanie tych domów rozdysponowano i wykorzystano zgodnie z obowiązującymi zasadami; czy wojewoda i organy wykonawcze JST sprawowały nadzór nad prawidłowym wykonaniem dotacji celowych.

Skontrolowaliśmy wojewodę warmińsko-mazurskiego, 10 samorządów, 10 środowiskowych domów samopomocy. Jaki jest stwierdzony stan? Jeżeli chodzi o jednostki samorządu terytorialnego, to trzeba stwierdzić, że podejmowały one niewystarczające działania na rzecz prowadzenia rzetelnej analizy. To leży u podstaw funkcjonowania tych domów: jakie są potrzeby w danej społeczności lokalnej. Niestety, ale takie analizy nie zostały przeprowadzone w sposób rzetelny. Tylko miasto Mrągowo i Orzysz posiadają kompleksowe rozpoznanie potrzeb świadczenia usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami zamieszkującymi na ich terenie, a informacje z tego zakresu ujęły w opracowywanych dokumentach strategicznych.

Pozostałe jednostki samorządu terytorialnego nie miały wystarczającego rozpoznania co do potrzeb, a swoją wiedzę z tego zakresu czerpały głównie z jednego źródła danych. W trakcie kontroli udało się nam ustalić, że te potrzeby mogły być znacznie większe, jeżeli sięgniemy do szerszego spectrum danych, do których te jednostki nie docierały. Jeżeli chodzi o nadzór, to jednostki te przeprowadzały kontrole w środowiskowych domach samopomocy w pełnym zakresie, a więc spełniania standardów jakościowych oraz prawidłowości wykorzystania dotacji. Dwie z tych jednostek ograniczyły się tylko do realizowania kontroli dotyczących prawidłowości świadczenia usług przez ŚDS, natomiast pozostałe 4 jednostki, które skontrolowaliśmy, w ogóle nie nadzorowały ośrodków, w ogóle nie weryfikowały prawidłowości wydatkowania środków otrzymanych i wykorzystywanych przez środowisko samopomocy, jak i prawidłowości wykonywanych zadań.

Jeżeli chodzi o samo środowisko domów samopomocy, to trzeba stwierdzić, że osoby ubiegające się na terenie woj. warmińsko-mazurskiego o miejsce w ŚDS kierowane były do tych placówek na bieżąco. Tam wystąpiło raptem kilka przypadków, kiedy te opóźnienia, czas oczekiwania na umieszczenie w środowiskowym domu wynosił od 45 do 91 dni. Znikoma była także liczba odmów do ŚDS, bo było to zaledwie 0,1% wniosków złożonych w latach 2014–2016. Było to głównie związane z niekompletnością wniosków i brakiem przedstawienia wymaganych opinii medycznych, które przesądzałyby, że dana osoba kwalifikuje się do uczestnictwa w ŚDS.

Wszystkie skontrolowane ŚDS spełniały wymogi w zakresie posiadania odpowiednich pomieszczeń oraz wyposażenia. Chodziło o standard usług bytowych, o których wspominała pani prezes. Standard, który powinien być osiągnięty do końca 2017 r., to już w trakcie kontroli stwierdziliśmy, że został on osiągnięty. Większość skontrolowanych jednostek zapewniała swoim podopiecznym pełny zakres usług. Były to odpowiednie treningi i zajęcia dotyczące funkcjonowania w życiu codziennym, terapię ruchową, doradztwo psychologiczne oraz pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Mieliśmy tylko dwie jednostki, które nie zapewniły usług psychologicznych swoim podopiecznym.

Nieprawidłowości w powyższym zakresie stwierdziliśmy w 3 skontrolowanych jednostkach, a dotyczyły niezapewnienia przez 2 jednostki poradnictwa psychologicznego, a przez jedną braku realizowania zajęć przez uczestników w wymaganym wymiarze, a więc 8 godzin dziennie. Te zajęcia odbywały się przez 6 godzin dziennie. Tu są zdjęcia pokazujące, jakie jest wyposażenie. Są to zdjęcia z przeprowadzonych przez nas oględzin. To jest pracownia treningu kulinarnego w środowiskowym domu w Wolnicy. Tutaj mamy siłownię w środowiskowym domu „Arka” w Mikołajkach. Tutaj jest sala zajęć korekcyjno-ruchowych w środowiskowym domu „Lazarus” w Elblągu. Jeżeli chodzi o ten standard, to został on osiągnięty i bardzo dobrze przez nas oceniony.

W 8 domach zatrudniono wymagany personel, czyli psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, asystenta osoby niepełnosprawnej. Tylko w tych 2 ośrodkach, o których mówiłem, nie zatrudniono psychologa. We wszystkich skontrolowanych jednostkach ten personel posiadał wymagane wykształcenie oraz doświadczenie zawodowe. Wszystkie ośrodki prowadziły wymaganą dokumentację zbiorczą i indywidualną swoich uczestników. Tam pojawiły się błędy, ale miały charakter formalny. Te błędy nie miały wpływu na realizację zadań. W 4 ośrodkach stwierdziliśmy takie błędy. Kontrolowane środowiskowe domy prawidłowo uzyskały i rozliczyły otrzymane kwoty dofinansowania.

Jeżeli chodzi o stan stwierdzony w urzędzie wojewódzkim, to przede wszystkim odnotowaliśmy, co już mówiła pani prezes, wskaźnik funkcjonowania co najmniej jednego ŚDS na terenie każdego powiatu. To wynika z wytycznych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ten wskaźnik został osiągnięty w naszym województwie już w sierpniu 2013 r. Obecnie średnio na powiat przypadają 3 takie ośrodki. Kolejne ustalenie to wojewoda, niestety nie w pełni rzetelnie rozdysponowywał środki dotacji na prowadzenie ŚDS m.in. dlatego, że dofinasowania udzielono niektórym jednostkom samorządu, mimo że złożone przez nie wnioski nie były poparte żadnymi wiarygodnymi analizami o konieczności powstania ŚDS i nie określono w nich dokładnie kosztów realizacji zadania. W tym samym okresie kontrolowaliśmy inne gminy. Bardzo rzetelnie podchodziły do sprawy. Składały wnioski poparte szczegółowymi analizami, ale niestety wojewoda odmawiał przyznania dotacji ze względu na brak środków.

Z kolei w procesie rozpatrywania wniosków o dofinansowanie zadań związanych z rozwojem infrastruktury ŚDS, pracownicy urzędu, nie w każdym przypadku wyegzekwowali od wnioskodawców dołączenia do wniosku programu inwestycyjnego wymaganego na podstawie rozporządzenia w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji budżetu państwa. Tak kształtowała się liczba miejsc w ŚDS-ach i osób do nich skierowanych oraz faktycznie korzystających. Te dane są do siebie zbliżone. Oczywiście osób skierowanych jest na ogół więcej i jeżeli chodzi o liczbę osób faktycznie korzystających, to na ogół jest to minimalnie mniej od liczby dostępnych miejsc. Wynika to z sytuacji, w której uczestnik takiego domu ze względu na hospitalizację może tam przebywać przez pewien okres. Stąd są te rozbieżności. Generalnie dane są ze sobą zbieżne.

Wojewoda też nie przeprowadzał niestety w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej kontroli obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania jednostki. Natomiast jako dobrą praktykę odnotowaliśmy w 2016 r., że wojewoda ustalił pisemne procedury finansowania i rozliczania związane z finansowaniem i rozwojem tych ośrodków wsparcia. Określono szczegółowe zasady dotyczące rozpatrywania wniosków o przyznanie dotacji. Wcześniej nie było takich procedur. Naszym zdaniem miało to wypływ na pewną dowolność w przekazywaniu dotacji jednostkom samorządu.

Jeżeli chodzi o ocenę ogólną, to sformułowaliśmy ją w następujący sposób. Mianowicie, że zorganizowana na terenie woj. warmińsko-mazurskiego sieć działających w formie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi zaspokaja ogólne potrzeby społeczności lokalnej. W okresie objętym kontrolą liczba środowiskowych domów wzrosła z 62 do 70, a liczba oferowanych miejsc z prawie 2800 do ponad 3500. Sytuuje to woj. warmińsko-mazurskie na pierwszym miejscu w kraju. Podkreślić należy, że wyznaczony przez ministerstwo wskaźnik funkcjonowania przynajmniej jednego ŚDS na terenie powiatu osiągnięty został w naszym województwie już w sierpniu 2013 r., a obecnie przypadają średnio trzy ŚDS-y na jeden powiat. Jest to oczywiście średnio, bo są takie, gdzie jest jeden. Należy też zaznaczyć, że osoby ubiegające się o miejsce były kierowane do tych placówek w zasadzie na bieżąco. Tylko było pięć przypadków, gdzie czas oczekiwania wynosił od 45 do 91 dni. Znikoma była liczba odmów, o czym mówiłem.

Jakie wnioski z tej kontroli? Pierwszy to taki, że pomimo istniejącej na terenie województwa sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, która spełnia minimalny próg przez ministra, to jednak dostępność miejsc w tych ośrodkach na terenie poszczególnych powiatów była zróżnicowana. W 9 powiatach wskaźnik na 1 tys. mieszkańców był niższy od 2. Pokażemy zaraz państwu wykres. W 1/4 wynosił ponad dwukrotnie więcej. Biorąc pod uwagę, że według danych GUS-u, rozkład zaburzeń psychicznych w populacji w naszym kraju rozkłada się mniej więcej równomiernie, to mamy pewne wątpliwości co do zasadności zróżnicowania np. pomiędzy powiatami, w których jest niecałe 1 miejsce na 1 tys. mieszkańców, w porównaniu z np. powiatem oleckim, gdzie jest 5,4 miejsca na 1 tys. mieszkańców.

W informacji wnioskujemy też o to, aby JST dokonywały analizy potrzeb lokalnej społeczności na usługi wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w kompleksowy sposób, a więc z uwzględnieniem wszystkich źródeł informacji, a także systematyczny, obejmujący okresowy przegląd i aktualizację posiadanych danych. Wiadomo, że te dane będą się zmieniać. Analizy przedstawiane przez JST wojewodzie powinny mieć kluczowe znaczenie dla podejmowania przez wojewodę decyzji o udzielaniu dofinansowania zadań związanych z rozwojem infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w szczególności w sytuacji wciąż rosnącego zapotrzebowania na usługi ŚDS i nierównomiernego rozmieszczenia liczby miejsc w ośrodkach na terenie powiatów woj. warmińsko-mazurskiego. Chodzi o to, aby na bieżąco przeprowadzana była analiza dostępności tych miejsc i wykorzystania. Tam, gdzie te miejsca nie są w pełni wykorzystywane, to środki powinny być kierowane w te obszary województwa, w których dostępność jest mniejsza. Prawdopodobnie też te potrzeby są większe.

Oczywiście do wszystkich kierowników jednostek skontrolowanych wystosowaliśmy wystąpienia pokontrolne w liczbie 17. Wniosków było 48. Obecnie wszystkie wnioski zostały zrealizowane. Jeszcze w trakcie opracowywania informacji o wynikach kontroli

większość z nich była realizowana. Chodzi o sierpień zeszłego roku. Do rzecznika dyscypliny finansów publicznych przy regionalnej izbie obrachunkowej skierowaliśmy 2 zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych. W obu przypadkach było to niedopełnienie pewnych wymogów wynikających z przepisów ustawy Prawo Zamówień Publicznych kwalifikujących się jako naruszenie dyscypliny finansów publicznych. W obu tych przypadkach rzecznik skierował wnioski o ukaranie osób odpowiedzialnych.

To wszystko, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękujemy za szczegółową informację. Dziękujemy za materiał, który będzie nam pomocny. Myślę, że nie ma potrzeby, aby była dyskusja nad tym punktem. Jeżeli nie ma żadnych zgłoszeń, to stwierdzam, że Komisja przyjęła informację NIK do wiadomości.

Myślę, że razem z panią przewodniczącą możemy stwierdzić, że zrealizowaliśmy porządek dzienny i zamykamy dyskusję oraz posiedzenie Komisji. Dziękujemy bardzo.

k.k.